FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

POUR LE

n° 124

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Joël LIPMAN

né le 5 Février 1933, à NANTES (L. Atl.)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le : 1962

ETUDE COMPARATIVE SUR LA FREQUENCE DE CERTAINS INDICES MORPHOLOGIQUES DE LA MAIN DANS UNE POPULATION NORMALE ET DANS UNE POPULATION DE MALADES MENTAUX

Président : Mr. L. MICHAUX, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1962 n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Joël LIPMAN

né le 5 Février 1933, à NANTES (L. Atl.)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

ETUDE COMPARATIVE SUR LA FREQUENCE DE CERTAINS INDICES MORPHOLOGIQUES DE LA MAIN DANS UNE POPULATION NORMALE ET DANS UNE POPULATION DE MALADES MENTAUX

Président : Mr. L. MICHAUX, Professeur

DITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

Professeurs Honoraires :

MM. ALAJOUANINE T., AUBIN A.,BENARD H., BULLIARD H., CADENAT F., CHABROL E., CHAMPI C., DEBRE R., FEY B., GASTINEL P., HALPHEN E., HAZARD R., HEUYER G., LANTUEJOUL P., LAROCHE G., LEVY-SOLAL E., LIAN C., MATHIEU P., MOCQUOT P., MONDOR H. MONOD R., MOREAU R., MOULONGUET P., OLIVIER E., PASTEUR-VALÉRY-RADOT; PETIT-DUTAILLIS D., QUENU J., RICHET C., SENEQUE J., STROHL A., TANON L.

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er Assesseur Jean VERNE

2ème Assesseur Gaston CORDIER

I.- PROFESSEURS

I° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

(a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS A.
Anatomie pathologique	DELARUE J.
Anesthésiologie	BAUMANN J.
Biochimie médicale	JAYLE M.-F. SCAPIRA G.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale	FAUVERT R.
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD J.
EMBRYOLOGIE	GIROUD A.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE J.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON P.
Médecine du travail	DESOILLE H.
Médecine légale	PIEDELIEVRE R.
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE R.
Parasitologie	GALLIARD H.
Pathologie chirurgicale	HUGUIER J.
Pathologie exotique	LAVIER G.

Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN F.P.
Pathologie médicale	MILLIEZ P.
Pathologie respiratoire	TURIAF J.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN G.
Pharmacologie	CHEYMOL J.
Physiologie	BINET L. BARGETON D.
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE F.
Physique médicale	DOGNON A. DJOURNO A.
Radiologie médicale	DESGREZ H.
Technique chirurgicale et Chir. exp.	N .....
Thérapeutique	CONTE M.

(b) Professeurs à titre personnel :

Bochimie médicale	DESGREZ P. POLONOVSKI J.
Biologie médicale	BOURLIERE F.
Embryologie	TUCHMANN H.
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS M.
Parasitologie	BRUMPT L.-C
Pathologie chirurgicale	LAURENCE G.
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT J.
Physique médicale	KELLERSHOHNN L.

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

(a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Neker)		REDON H.
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN M.
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB J.L.
	Cochin	LEGER L.
	Hôtel-Dieu	PATEL J.
	Pitié	CORDIER G.
	Saint-Antoine	GOSSET J.
	Selpetrière	SICARD A.
	Tenon	OLIVIER Cl.

Clinique de chir. inf. et orth.(Enf. Mal.)		FEVRE M.
Clinique chir. et orth. réparatrice(Cochin		MERLE d'AUBIGNE
Clinique de chir. cardio-vasc. (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chir. pleuro-pulm. (Laennec)		MATHEY J.
Clinique endocrinologique (Pitiè)		DECOURT J.
Clinique de génétique médicale		LAMY M.
Glinique gynécologique (Broca)		FUNK-BRENTANO P.
Clinique des maladies cut. et Syph.(St-Louis		DEGOS R.
Clinique des maladies des enfants (E.Mal)		CATHALA J.
Clinique des maladies infectieuses(Cl;Berbard)		MOLLARET P.
Clinique des mal. ment. et de l'encéph(Ste Anne)		DELAY J.
Clinique des maladies métaboliques (Neker)		HAMBURGER J.
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL G.
Clinique des maladies du Syst nerveux		CASTAIGNE P.
Cliniques médicales	Boucicaut	LENEGRE J.
	Broussais	SOULIE P.
	Côchin	JUSTIN-BESANCON L.
	Cochin	BROUET G.
	Hôtel-Dieu	BARIETY M.
	Lariboisière	SEZE S. de
	Pitié	DREYFUS G.
	Saint-Antoine	KOURILSKY R.
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat).....		DEBRAY C.
Clinique méd. propédeutique (Broussais).		GENNES L. de
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition(H-Dieu)		DEROT M.
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié).....		DAVID M.
Clinique neurologique (Salpétrière).....		GARCIN R.
Cliniques obstétricales	Beaudelocque ...	LACOMME M.
	Foch(Suresnes)..	MERGER R.
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal).....		VARANGOT J.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)...		RENARD G.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)..		AUBRY M.
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent de Paul)		LELONG M.

Clinique de pneumo-phtisiologie(Laennec) ...	BERNARD E.
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpétrière).....	MICHAUX L.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).....	COSTE F.
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....	ROUX M.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine).....	LEMAIRE A.
Clinique toxicologique	GAULTIER M.
Clinique traumatologique	PADOVANI P.
Séméiologie médicale	DOYART A.
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX F.
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE R.
Hygiène et clinique de la pœmière enffance (Trousseau).....	TURPIN R.

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR H. LHERMITTE F. PEQUIGNOT H.

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	CABROL C. COUINAUD C. GILLOT C. OLIVIER G.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P., P.s.cH) ABELANET R. BUSSER F. CHOMETTE G. GOUYGOU Ch. M Cf NEZELOFF Ch.

Bactériologie. . . . . 1.
TOURNIM P.
TAXON L.
CHANTOL D.
. . . P.

DERVIS J.-CL.
CARTIER P.
BOURILLON R.
VALLERY Ed., L.-Cr.

Bactériologie. . . . . 1.

Anatomie pathologique (suite)	ORCEL L. PAILLAS J.
Anesthésiologie	KERN E. VOURC'H G.
Bactériologie	BARBIER P. CHRISTOL D. LE MINOR L. TOURNIER P.
Biochimie médicale	BEAULIEU Et. M. Cf. BOURILLON R. CARTIER P. DREYFUS J.Cl. GONNARD P. KRHUH J. JEROME H.
Biologie appliquée à l'Education-Physique et aux sports	PLAS F.
Carcinologie	BOIRON M. DENOIX P. MATHE G. SELIGMAN M.
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE J. DUPERRAT B.
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD G.
Hématologie	BESSIS M. BILSKI-PASQUIER G. DAUSSET J. DUHAMEL G.
Histologie	COUJARD R. Pr.s.ch. MAROIS M. RACADOT J.
Hydrologie	BESANCON F. CORNET A.
Hygiène	BOYER J. Pr.s.ch. BLANCHER G. CORRE-HURST Mme L. SAPIN-JALOUSTRE H.
Maladies infectieuses	BASTIN R. DUPONT V.

Médecine légale	DEROBERT L.Pr.s.ch FOURNIER E. GUENIOT M. HADENGUE A.
Médecine du travail	ALBAHARY C.
Neuro-chirurgie	PERTUISET B.
Obstétrique	GRANJON A. HERVET E. LE LORIER G. LEVY J. MORIN P. MUSSET R. ROBEY M. SENEZE J. SUREAU C. THOYER-ROZAT J.
Ophtalmologie	BREGEAT P. DUBOIS A. SARAUX H.
Orthopédie	JUDET R. MEARY R. POSTEL M. RAMADIER J.
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN J. PIALOUX P.
Parasitologie	GOLVAN Y. LAPIERRE J.
Pathologie chirurgicale	BARCAT J. BINET J.-P. CAUCHOIX J. CERBONNET J. CHATELIN C.L. DUBOST Ch. DUBOST Cl. FAUREL J. FLABEAU F. GARBAY M. GARNIER H? GAUDART d'ALLAINES GERMAIN A. LATASTE J. LEVEQUE B. LOYGUE J. MERCADIER M. NATALI J. PELLERIN D.

Pathologie chirurgicale (suite)	PEROTTIN J. ROBERT H. THOMERET G.
Pathologie exotique	SHNEIDER J.
Pathologie expérimentale	BENHAMOU J.-P. BERTAUX P. BOIVIN P. CROSNIER J. HARTMANN L. LOEPER J. MAURICE J. MIKOL Cl. RICHET G.
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE M. BOUVIER J. BOUVRAIN Y. BRICAIRE H. BRISSAUD H. BROCARD H. BUGE A. CATINAT J. CHRETIENT J. COBLENTZ B. CONTAMIN F. COURY C. ETIENNE J.P. FREZAL J. FRITEL D. HENNEQUET A. HIMBERT J. HOUSSET E. LAROCHE Cl. LESOBRE R. MACREZ C. MOREAU L. NICK J. ROYER P. TOURNEUR R. WOLFROMM R.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH R. LAFOURCADE J. LEPERCQ G. MANDE R. MOZZICONACCI P. POLONOVSKI C. ROSSIER A. VIALATTE J.

Pharmacologie	BOISSIER J. LECHAT P.
Physiologie	BARRES G. DEJOURS P. DURAND J. GIRARD m.d.Cf. HUGELIN A. SHERRER J.
Physique médicale	CHENTEUR J. GOUGEROT L. m.d.C Pr.s.ch. GREMY F. m.d.Cf MILHAUD G. PELLERIN P. ROUCAYROL J.-.C TUBIANA M. m.Cf
Pneumo-phtisiologie	KREIS B. MEYER A. RENAULT P.
Psychiatrie	PICHOT P.
Psychiatrie inffantile	DENIKER P. DUCHE D. FLAVIGNY H. LAPRESLE J.
Rhumatologie	DELBARRE F.
Stomatologie	CERNEA P. CHAPUT Mme A. m.d.Cf Agr. GRELLET M.
Thérapeutique	CHASSAGNE P. LAMOTTE M. MARCHE J.
Urologie	AUVERT J. MOULONGUET A. QUENU L.

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Anatomie	DEBEYRE J.
Clinique chirurgicale	ABOULKER P. AMFLINE A. P.s.C

Clinique médicale	PERRAULT M. RAMBERT P. THIEFFRM S.
Clinique obstétricale	GRASSET J. MAYER M.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES P. OFFRET G.
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO R.
Clinique pédiatrique et puériculture ...	LAPLANE R.
Clinique psychiatrique	BARUK H.
Clinique urologique	KUSS R.

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY P. p.sC
Pathologie chirurgicale	RUDLER J. P.s.C

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE /:

BOLTANSKI E.
LAUNAY C.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA J.
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL G.
Conservateur de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la médecine	M. le Docteur HAHN A.
Conservateur	Mlle DUMAITRE P.
Bibliothécaires	Mme CONTET J. Mme FORGET F. Mlles LAURENT H. LE NOIR G. QUIEVREUX E.

A Monsieur le Proffesseur L. MICHAUX

Professeur de la Clinique Psychiatrique Infantile
de la Faculté de Médecine de Paris

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse
Nos sentiments reconnaissants et nos très respectueux hommages.

A Monsieur le Professeur Agrégé BARUK

Qui a su nous faire découvrir et aimer la Psychiatrie.
Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement.

A Monsieur le Docteur R. LACATON

Médecin-Chef au Centre Psychothérapique de PIERREFEU

C'est dans son service que nous avons fait cette étude et il nous a encouragé avec une grande bienveillance dans notre travail.

Au Docteur CORMAN
Au Docteur FERDIERE
Au Docteur BALLAND

Que nous remercions ici pour les conseils qu'ils nous ont donné et pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail.

I N T R O D U C T I O N

-o-o-c-o-o-o-

Sous mille aspects divers, l'étude de la forme humaine a retenu l'attention des observateurs. Mais la plupart de ces tentatives ne se contentent pas de l'observation pure et simple de la forme. Presque toujours le but recherché est d'établir un lien entre la forme de l'individu considéré et son dynamisme biologique, plus encore, avec son psychisme.

Aussi, on conçoit que la typologie ait particulièrement retenu l'attention des psychiatres et des psychologues. Il suffit de citer les noms de KRETSCHMER, SIGAUD, CORMAN et SHELDON, pour voir à quel point la typologie s'intègre facilement à la psychiatrie.

Les typologies sont innombrables, depuis les antiques classifications des quatre tempéraments hippocratiques et les types mythologiques jusqu'aux études récentes utilisant l'arme de la statistique.

Mais toutes ces clefs pour pénétrer plus aisément dans la complexité et la multiplicité humaine reposent malgré tout sur des signes, une pluralité de petits signes, sans le dépistage desquels toute classification synthétique serait impossible. De même la séméiologie précède le diagnostic.

Pour fournir ces signes, tout peut être utilisé dans l'homme. C'est pourquoi il est également valable de s'arrêter à la forme du visage, aux dimensions et proportions du squelette, à l'étude dus gestes, car le mouvement est intimement

lié à la forme, à l'étude de l'écriture - elle-même prolongement de la forme.

Parmi ces mille moyens d'étude la main nous semble privilégiée car elle exprime le geste avec prédilection. C'est la main qui prend, qui frappe, qui caresse attire ou éloigne l'objet. C'est la main qui écrit.

Si le psychisme s'exprime par le geste, le geste lui-même n'est-il pas inscrit dans la main?

(Car comment comprendre la nature des plis palmaires si l'on en fait pas des plis de flexion ?)

Or l'étude de la main semble un peu délaissée, sans doute parce que dès que l'on évoque la main, on evoque du même coup la chiromancie avec son aspect divinatoire. Mais est-il pour cela interdit d'étudier la main dans un esprit moderne ? Et sous cet aspect, il faut signaler les travaux du docteur Charlotte WOLFF qui sont une base précieuse.

Qui plus est, pour en revenir à la psychiatrie, rappelons que, au même titre que les autres données morphologiques, la main a retenu l'attention de E. KRETSCHMER et A. FRIEDMANN C'est ainsi que KRETSCHMER décrit la main large, courte, à gros doigts du type pycnique, qui s'oppose à la main longue et mince du type asthénique.

Le but de notre étude est modeste. La question que nous nous sommes posé est la suivante :

Existe-t-il une corrélation entre la morphologie de la main et la pathologie mentale ?

La méthode la plus adaptée pour répondre à cette question nous a paru la méthode statistique. Mais pour qu'une sta-

tistique soit valable, encore faut-il -c'est là le point essentiel- que le recueil des données de base soit soigneusement accompli.

C'est pourquoi nous allons d'abord aborder les techniques d'étude de la main.

C H A P I T R E I

LES CONDITIONS TECHNIQUES D'ETUDE DE LA MAIN

-o-o-o-o-o-

A) - Particularités anatomiques

Les conditions d'étude de la main sont imposées par les caractéristiques anatomiques de l'objet d'étude qu'il vous faut d'abord prendre en considération.

Nous pouvons, pour un exposé plus commode distinguer dans la main plusieurs plans d'observation :

-1°- Le squelette.

-2°- Les muscles, tendons, aponévroses.

-3°- Vascularisation et innervation.

-4°- Peau et phanères.

De tous ces éléments anatomiques résulte la forme de la main. Nous les envisagerons successivement.

1°) Le squelette.

A) Il va surtout vous offrir l'occasion d'effectuer des mensurations, de longueur essentiellement.

a-) La longueur totale de la main tout d'abord, qui a de la valeur relativement à la taille de l'individu. En pratique, nous utilisons la relation mentionnée par Ch. WOLFF (dans la Main humaine, P.U.F. Ed.): La longueur de la main avec le poignet est égale à la longueur de la figure.

b-) La longueur des doigts, intéressante relativement à l'ensemble de la main, ou relativement à la paume.

CH. WOLFF fait justement remarquer à ce sujet que si l'on désire une mesure osseuse, il ne faut pas procéder à cette mesure sur la face palmaire de la main, mais sur la face dorsale.

Dans ces conditions le médius est égal à la moitié de la longueur totale de la main.

Il est bon par ailleurs d'avoir quelques repères concernant la longueur relative des doigts:

-L'index est généralement plus court que l'annulaire,

-l'auriculaire atteint normalement le pli de flexion de la deuxième et troisième phalange de l'annulaire.

-L'appréciation de la longueur du pouce est délicate. On en juge en faisant appliquer le pouce contre l'index. Mais selon la manière dont le sujet exécute ce mouvement, l'extrémité du pouce est sujette à se déplacer plus ou moins en regard de l'index. Il est bon de faire effectuer ceci main posée à plat sur une une table. Dans ces conditions, un pouce de longueur moyenne atteint la moitié de la première phalange de l'index.

b) Le squelette intervient aussi par son développement en épaisseur, pour déterminer la forme de la main. Ceci est surtout appréciable aux doigts, moins matelassés de muscles que la paume.

On pourra par exemple distinguer d'après la forme de l'extrémité digitale des troisièmes phalanges carrées, arrondies, spatulées, pointues...

c) Il est enfin des cas où la morphologie osseuse de la main revêt une grosse importance clinique:

-Ostéopathie hypertrophiante de PIERRE MARIE

-Main"en coup de vent" de la polyarthrite chronique évolutive.

2°) Les muscles, tendons et aponévroses.

C'est ce plan musculo-tendineux et aponévrotique qui va conférer à la main son relief et sa plastique. Il serait déplacé d'exposer ici l'anatomie de la main, mais quelques remarques nous semblent importantes :

I°- Tout d'abord, du côté palmaire deux faits sont susceptibles de contribuer à l'explication de la formation des plis palmaires :

- la prasence du muscle palmaire cutané dont les fibres transversales vont du bord interne de l'aponévrose palmaire ~~xxxxxxx~~ moyenne à la peau du bord cubital. La peau est donc donc ici directement en rapport avec le plan musculo-aponévrotique.

- la constitution de la partie moyenne de l'aponévrose palmaire moyenne. Certaines fibres des bandelettes prétendineuses se terminent à la peau, et, de même, les lamalles intertendineuses se terminent à la face profonde de la peau. Le somèmet de l'aponévrose superficielle se continuant avec le petit palmaire, et cette aponévrose étant liée aux plans profonds, on conçoit que les mouvements de la musculature palmaire et antibrachiale se traduisent directement à la peau.

2°- Sur la face dorsale au contraire on n'observe pas de telles liaisons, et un tissu cellulaire plus lache donne à la peau du dos de la main une souplesse beaucoup plus grande, une mobilité vis-à-vis des plans profonds qu'elle ne possède pas

sur la face palmaire.

En pratique, le plan musculo-tendineux aponévrotique va livrer à votre observation deux caractères :

- le volume, dû au degré de développement musculaire,
- la plastique résultant du tonus musculaire dépendant de l'innervation.

Ces éléments sont difficiles à évaluer quantitativement. L'appréciation de la plastique est assez subjective et demande une grande habitude. Les termes ferme, souple, dur... n'ont guère la précision suffisante.

3°) Vascularisation et innervation.

Elles sont très riches à la main et vont se traduire par les qualités du revêtement cutané.

La main est remarquable par sa richesse fonctionnelle sur le plan moteur et sensitif.

La délicatesse de la motilité de la main a pour corollaire la grande étendue dévolue à la représentation de la main sur l'aire motrice pré-rolandique, et il en est de même pour l'aire sensitive pariétale. La richesse en terminaisons sensitives tactiles est également remarquable. Diverses atteintes neurologiques ou psychiques se traduisent par l'aspect particulier de la main. Citons la main "en griffe" de la paralysie cubitale, "la main de singe" de la sclérose latérale amyotrophique, la main "thalamique", la main des catatoniques.

Du système nerveux végétatif dépendent la vasomotricité de la main et son état trophique, si bien que le couple : Système nerveux plus Système vasculaire tient sous sa dépendan-

ce beaucoup de qualités de la main: tonus musculaire, coloris trophicité, chaleur, sudation plus ou moins abondante, état des phanères, et c'est le revêtement cutané qui va ainsi livrer une foule de renseignements si on l'observe attentivement.

4°) Peau et phanères.

-A) La peau présente toutes les variations d'épaisseur, de coloris, de chaleur. L'abondance des glandes sudoripares permet à la main d'être rapidement moite, et l'on connait le réflexe psycho-galvanique, qui semble confirmer l'interprétation qu'on a donné de la main moite en tant que signe de l'hyperémotivité.

-B) Mais venons en enfin aux lignes de la main, si étudiées par la la chiromancie.

Il faut distinguer d'une part les réseaux papillaires qui sont -c'est bien connu- à l'origine d'applications légales car leur distribution permet l'identification des individus grâce au relevé d'empreintes.

Ces réseaux papillaires méritent à eux seuls une étude approfondie et nous les avons volontairement écartés de notre travail. Les dessins papillaires en effet, grâce à leur immutabilité et à leur diversité fournissent des documents irremplaçables aux services judiciaires.

Mais ces dessins papillaires ont aussi fait l'objet d'études anthropologiques et pathologiques, et l'on a essayé de relier les types simiesques aux configurations rencontrées chez l'homme, avec tout ce que cela pouvait impliquer dans le cadre des théories de la"dégénérescence".

D'autre part, les lignes que nous pensons devoir ex-

pliquer (de même que les anatomistes et que le Dr Ch. WOLFF) comme des plis de flexion.

Cette conception qui semble logique, évidente même pour beaucoups est critiquée par certains auteurs.

Les objections sont :

1°/ la variabilité du tracé des lignes d'un individu à l'autre

2°/ la présence de lignes plus nombreuses chez des intellectuels dont l'activité manuelle est réduite, alors qu'on s'attendrait à première vue au contraire.

Nous pensons que ces objections sont peu valables.

Pour ce qui est de la première, on sait que les descriptions anatomiques ne sont que des moyennes statistiques admettant des variations individuelles. Nombre d'insertions musculaires par exemple sont inconstantes. Certains muscles même peuvent manquer parfois.

Pour la deuxième objection on peut opposer :

1) que la ligne n'est pas due au mouvement seul, mais est la résultante du mouvement et du degré de souplesse et d'épaisseur de la peau. Or on peut justement attendre une peau plus épaisse, partant moins flexible, chez un manuel.

2) En fait, il est probable que ce qui compte dans la formation des lignes, ce n'est pas le mouvement volontaire conscient, mais l'attitude, la mimique de la main quin est perma

nente et indépendante de la volonté. Sans doute faut-il attacher beaucoup plus d'importance au tonus de base qu'aux mouvements volontaires

Il semble que la configuration des lignes soit indépendante de l'activité manuelle. Chez un mˆ même individu, les lignes ne semblent ps se modifier parallèlement aux modifications de l'activité.

Mais laissons le domaine des hypotèses pour décrire ces plis de flexion.

Quatre lignes sont primordiales:

L'une entoure l'éminence thénar de son trait; nous l'appellerons, avec Ch. WOLFF la ligne thénar. (c'est la ligne de vie des chiromanciens)

Puis nous devons envisager deux lignes transversales et nous pensons qu'une mise au point de terminologie n'est pas inutile. Si l'on adopte la coutume anatomique on peut séparer :

-une ligne transverse inférieure

-une ligne transverse supérieure.

Mais de façon assez malheureuse, l'ordre de ces deux lignes s'est trouvé inversé par Ch.WOLFF, si bien que pour éviter toute confusion, nous proposons de nommer :

-une ligne <u>transverse distale</u> (c'est la transverse supérieure de Ch. WOLFF, la ligne de coeur des chiromanciens).

-une ligne <u>transverse proximale</u> (c'est la ligne transverse inférieure de Ch. WOLFF, la ligne de tête des chiromanciens)

Enfin, nous nommons avec Ch. WOLFF "ligne longue longitu-

dinale" la quatrième ligne importante de la main. Cette dernière est imponstante.

A côté de ces quatre plis principaux, la paume est sillonnée par d'autres plis, beaucoup plus inconstants et variables, qui sont décrits avec un luxe de détails dans la littérature chiromancique : lignes de "Mercure" de"Vénus", de "Soleil" etc.. , et que nous n'envisagerons pas ici.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DES PLIS PALMAIRES.

-I- le tracé est variable avec le temps car ces lignes ne sont pas immuables , à l'opposé des réseaux papillaires.

-2- les deux mains, gauche et drite,ne sont jamais absolument identiques et présentent même souvent de grandes différences de tracé.

-C-) Il ne faut pas omettre d'étudier, avec la peau, les phanères, en particulier les ongles, qui peuvent donner d'utiles indications.(cf. le doigt Hippocratique, les lignes de BEAU

-B) Technique d'étude proprement dite.

(I)- L'EMPREINTE.

Pour étudier convenablement la main, il est bon de prendre une empreinte. On aura ainsi un document fixe et objectif qui permet en outre de constater une éventuelle évolution avec le temps des signes présentés.

Plusieurs techniques sont possibles :

I°) Méthode à l'encre d'imprimerie/

Elle necessite un petit rouleau et une surface plane pour l'encre: vitre, ou, ce que nous avons trouvé plus commode, une vieille radiographie, pliée en deux, l'encre n'étant jamais déposée qu'à l'intérieur. On évite ainsi de se salir. Pour ce qui est de l'encre, un tube d'encre d'imprimerie ordinaire convient parfaitement.

Une fois le rouleau modérément encré, le passer sur la main en prenant soin d'enduire les parties creuses.

Souvent, les sujets sont tentés de se laver les mains au préalable. Il ne faut surtout pas les laisser faire. Le résultat est désastreux, l'encre s'appliquant mal sur la peau encore humide. Si le sujet transpire beaucoup, il est bon de secher les mains avec du talc.

Une fois la main enduite, la faire poser sur une feuille de papier elle même reposant sur un léger dos d'âne en bois. Appuyer fortement sur le dos de la main et les doigts afin de faire marquer les parties creuses de la paume, puis demander au sujet de soulever la main sans essayer par lui-même de soulever la feuille. Si celle-ci reste collée à la main, la soulever délicatement par un coin.

Bien entendu il faut prendre l'empreinte des deux mains.Si l'on trouve que l'empreinte est trop chargée d'encre ne pas hésiter à faire poser la main une deuxième fois sur une nouvelle feuille de papier. Quant au papier, il faut éviter celui qui présente une texture trop granuleuse.

Cette technique donne de bons résultats. L'inconvénient majeur est qu'on a vite fait de se salir avec l'encre, et que les sujets ne sont guère satisfaits d'avoir à se net-

toyer. L'un des meilleurs moyens pour y arriver est d'utiliser une pête à émail (telle qu'on en vend dans le commerce pour nettoyer baignoires et lavabos), ou une poudre au même usage.

A côté de ce procédé nous avons employé une technique simplifiée et plus propre, où l'on utilise simplement un tampon encreur. Si l'on dispose d'un matériel d'assez grande taille, ce procédé est beaucoup plus rapide et plus propre que le précédent.

2°) D'autres techniques utilisent un principe différent. Nous n'en avons pas l'expérience.

Elles consistent à graisser la main (avec de la vaseline, ou bien en faisant passer la main dans les cheveux). puis, la main est posée sur la feuille de papier, et cette feuille enduite de noir de fumée ou de bioxyde de cuivre pulvérisé qui adhèrent aux parties grasses. Il faut ensuite fixer

3°)On pourrait encore prendre des moulages au platre ou à la cire l'avantage étant de fixer le relief. Mais il y a un inconvénient majeur, c'est le problème du stockage.

II) LA FICHE COMPLEMENTAIRE.

L'empreinte seule est en fait très insuffisante pour apprécier toutes les caractéristiques d'une main et il faut y joindre une fiche où l'on notera de multiples renseignements que l'empreinte n'objective pas. Il faudra ainsi noter :

-la date de l'empreinte

-l'age du sujet

-le contexte clinique

Et il faudra prendre des mesures :

- Taille du sujet
- Longueur de la main
- Longueur des doigts (pouce en particulier)
- Longueur de la paume.

A ce propos nous sommes restés fidèles à la mesure faite du côté palmaire car, si elle est inexacte du point de vue osseux comme le fait remarquer Ch. WOLFF, elle nous parait mieux traduire l'aspect dynamique de la main.

Pierre ABRAHAM utilise le rapport $\frac{M \times 100}{P}$ dans lequel : M est la longueur du médius

P celle de la paume

et il estimes qu'à l'état normal, ce rapport varie entre 76% et 87 %, selon que l'on a affaire à des doigts courts ou longs

On notera également les caractères du dos de la main :

- Apparence
- Poils
- Taches.

Au niveau de la paume on relèvera :

- Le relief et la plastique
- La température
- Le degré d'humidité
- La couleur
- Les taches éventuelles.

Pour ce qui est des plis de flexion, il faudra mentionner :

- Le coloris
- Le degré de largeur et de profondeur

Les doigts aussi seront étudiés du point de vue de

- La laxité
- La forme

Et l'on oubliera pas de relever le caractère des ongles

- Dimensions et proportions
- Couleur
- Etat des lunules
- Stries, taches, lignes de BEAU

Enfin il faudra joindre des renseignements cliniques, tant somatiques que psychiques

CHAPITRE II

CHOIX DES SIGNES ETUDIES.

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Dans la multitude des signes offerts à l'observation de la main, il nous fallait faire un choix convenable pour le but que nous nous étions fixé :

répondre au moyen d'une statistique à la question : existe-t-il une différence entre la main des malades mentaux et celle des individus sains ?

Pour ce faire nous nous sommes orientés vers des caractères morphologiques déja considérés comme pathologiques par d'autres auteurs, en particulier par Ch. WOLFF.

Il fallait en outre que ces signes soient accessibles à une appréciation objective sans ambiguité. C'est ce qui nous a conduit a rejeter les caractères tels que volume et plastique de la paume, coloris, température humidité (variable d'ailleurs dans le temps, chez un même individu).

La morphologie des plis de flexion est par contre plus commode à décrire et surtout, on peut la fixer de façon durable par l'empreinte.

Par ailleurs, les mensurations constituent elles aussi un excellent signe objectif.

En tenant compte de ces raisons nous avons choisi d'étudier essentiellement trois signes :

-1° La "ligne simienne"

-2° l'absence de"ligne longue longitudinale"

I. LIGNE SIMIENNE ET TENDANCE A LA CONFUSION DES DEUX PLIS TRANSVERSAUX.

Normalement, les deux plis transversaux distal et proximal sont nettement séparés. L'intervalle est généralement supérieur à 7 mm dans une main d'homme adulte. Or il arrive que le tracé s'écarte de cette configuration type et que les deux lignes se confondent à un degré variable. Où bien les deux lignes existent, distinctes, et il se surajoute une troisième ligne. Ch. WOLFF donne le nom de ligne simienne à cette ligne barrant toute la paume du bord radial au bord cubital. On observe en effet ce tracé dans la main du singe. Ch. WOLFF estime que cette ligne existe dans 0,0 % des cas chez les sujets normaux, dans IO % des cas chez les malades mentaux.

En fait, diverses configurations sont possibles, allant de l'ébauche de confusion à la confusion totale, réalisant la ligne simienne unique. Aussi nous avons distingué différents types, exprimant tous la ~~domination~~ dénominateur commun de la confusion des deux plis transverse, à des degrés divers. Il nous emble qu'on peut décrire :

I°) TYPE "A".

Une ligne barre toute la paume. Il n'y a pas de pli transverse distal, mais un pli proximal se joint à cette ligne.

2°) TYPE "B".

Main d'un épileptique caractériel

ligne simienne.

Une ligne barre toute la paume. Sur elle se branchent l'ébauche des deux plis normaux.

3°) TYPE "C".

Les deux lignes proximales et distales sont sont indépendantes mais un rameau les unit, parfois deux rameaux (Type C 2).

4°) TYPE "D".

L'écart entre les deux lignes est inférieur ou égal à 7 mm chez un homme adulte.

5°) TYPE "E".

Le pli distal s'incurve vers le pli proximal à la fin de son parcours.

6°) TYPE "F".

On peut il est vrai observer des configurations échappant à cette description, mais qui néan moins s'approchent plus ou moins d'un des types mentionnés.

Mais il reste des configurations tout à fait atypiques, dont la seule définition est : tendance à la confusion des deux plis. Nous convenons de leur attribuer l'indice "F".

Grace à l'obligeance des Presses Universitaires de France il nous est possible de citer ici un extrait du livre de Ch. WOLFF "LA MAIN HUMAINE":

" Les mains ou la ligne longue longitudinale est complètement absente sont, le plus souvent, des mains anormales, du type élémentaire irrégulier; les mêmes

mains, il faut le remarquer, que celles qui possèdent la ligne simienne. Nous constatons, généralement, que là où manque une des lignes transverses, la ligne longue longitudinale également manque ou est très imparfaitement développée.

Il y a un"type psychique" déterminé, attaché à ces deux traits de la main. La corrélation entre la ligne longue longitudinale et, dans une certaine mesure, la ligne simienne, et le comportement social est née du fait qu'un pourcentage extrèmement élevé de déficients mentaux, d'imbéciles aussi bien que "d'inadaptés" de toute sorte, ne présente pas ces lignes. Sur 532 déficients mentaux j(ai trouvé :

A) Absence de la ligne longue longitudinale dans 224 cas, environ 40 %;

B) Existence de la ligne simienne (d'ailleurs absence d'une ligne transverse principale) dans 50 cas,environ IO %.

Dans une recherche faite sur une plus petite échelle, j'ai étudié la fréquence de deux traits dans les mains de 45 enfants moralement déficients dans un hopital parisien. Leur age allait de I5 à I9 ans et ils avaient tous comparu devant un tribunal d'enfants et avaient plaidé coupable. Dans les mains de 20 d'entr'eux (environ 40 %) la ligne longitudinale faisait complètement défaut. Dans le groupe restant, elle etait imparfaitement développée. Dans 5 cas, une des principales lignes transverse

manquait en même temps.

Une comparaison de cette double anomalie chez les anormaux et les normaux justifie cette explication :

ABSENCE DE LIGNE LONGITUDINALE LONGUE	
Chez les sujets normaux	Chez les sujets anormaux (mentalement et moralement)
0,5 %	40 %
EXISTENCE DE LA LIGNE SIMIENNE	
0,3 %	IO,%

-II)LA LIGNE LONGUE LONGITUDINALE (ou plutot son absence)

L'absence de cette ligne est donc considérée par Ch. WOLFF comme appartenant à des sujets anormaux, puisqu' elle a constaté l'absence de cette ligne dans 40 % des cas dans une population de malades mentaux.

Mais là aussi, on peut distinguer plusieurs degrés. La paume peut en effet être divisée en plusieurs secteurs. Nou Nous avons attribué le N° I au secteur situé distalement par rapport au pli transverse distal, compris par conséquent entre l'insertion des doigts et le pli transverse distal.

Nous attribuons le N° 2 au secteur situé entre les deux plis de flexion transverses.

Le N° 3 constitue le secteur proximal situé entre le poignet et le pli transverse proximal. La ligne longue longitudinale, dans son expression la plus affirmée couvre ces trois secteurs. Mais elle peut manquer dans un, deux ou trois de ces emplacements.

Main d'un épileptique -

Absence de ligne longue longitudinale.

Nous n'avons retenu finalement dans notre statistique que l'absence totale de ligne longue longitudinale, c'est-à-dire en un + deux + trois, car le manque dans un, voire deux secteurs, ou le tracé interrompu, irrégulier de la ligne longue longitudinale est extrèmement fréquent.

Dans son livre "LA MAIN HUMAINE" Ch. WOLFF ne précise pas si dans sa statistique elle entend l'absence totale de cette ligne, ou si une absence partielle est aussi prise en considération. Ceci pourrait expliquer l'écart assez grand entre son pourcentage (40 %) et le notre (I8 %).

-III) LA BRIEVETE DU CINQUIEME DOIGT.

Le troisième signe que nous avons choisi d'étudier est la brièveté anormale du cinquième doigt.

Normalement l'extrémité du cinquième doigt doit atteindre le pli de flexion de la deuxième et de la troisième phalange de l'annulaire.

La brièveté du cinquième doigt est un des signes dits autrefois "stigmate de la dégénérescence".

Les caractères du cinquième doigt sont également mentionnés par Ch. WOLFF (LA MAIN HUMAINE, P.U.F. ed.) :

> " Le petit doigt.- Le petit doigt est, comme le pouce, de forme variable, bien qu'il soit moins mobile. En médecine, un 5ème doigt déformé avec une jointure raide, est considéré comme un stigmate de dégénérescence.FRIEDMANN a également constaté qu'il est de longueur anormale dans la schizophrénie. J'ai observé, dans la même maladie, des petits doigts

tantôt trop longs, tantôt trop courts; les très longs étaient caractéristiques des catatoniques et les très courts des paranoïaques.

Un petit doigt trop court se rencontre généralement dans les mains sensitives petites et parait signifier l'infantilisme. IL n'est donc pas surprenant que nous le trouvions d'une brièveté anormale chez un certain nombre de schizophréniques paranoïaques au développement sexuel souvent insuffisant. Une longueur anormale va le plus souvent de pair avec des mains élémentaires irrégulières, et les combinaisons de ce type. Dans le mongolisme et d'autres troubles endocriniens le 5 ème doigt n'est pas seulement trop court, mais aussi souvent, pointu. Son rapport avec les glandes endocrines et les gonades en particulier, est une hypothèse raisonnable, et c' est seulement une nouvelle tentative pour signaler ces répercussions sur le tempérament et la personnalité qui accompagnent un certain état endocrinien. Nous pouvons donc associer non seulement les glandes sexuelles mais, dans une certaine mesure la vie sexuelle avec la forme ou la déformation du petit doigt.

Comme l'annulaire, le petit doigt appartient à la partie passive de la main, l'aire du subconscient et de l'imagination qui sont toutes deux en rapports étroits avec les fonctions sexuelles et l'imagination. Certaines positions sont particulières au petit doigt; la façon affectée de tenir une tasse de thé, par exemple, avec le petit doigt relevé est faite pour attirer l'attention. Quand le petit doigt est replié intérieurement, la position est de retrait, indicatrice de malaise, de honte et de manque de confiance en soi. "

CHAPITRE III

LES POPULATIONS ETUDIEES.

-o-o-o-o-o-o-o-

Il nous fallait maintenant comparer les fréquences de ces signes dans deux populations, l'une pathologique, l'autre considérée comme normale.

-I- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION PATHOLOGIQUE.

Elle a été fournie par des pavillons des services d'hommes du CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE PIERREFEU-DU-VAR.

Nous avons écarté le service libre de même que le service d'admission (dont l'effectif est trop mouvant), pour choisir un pavillon où beaucoup de malades sont des chroniques

A noter qu'une proportion importante de ces malades travaillent aux ateliers d'ergothérapie, ce qui exclut des modifications dues à l'inactivité manuelle.

Au point de vue du diagnostic clinique, il s'agit d'une population variée comme en témoigne le tableau suivant. L'étude a porté sur 100 malades.

CLASSEMENT SELON LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA POPULATION PATHOLOGIQUE ETUDIEE.

Schizophrénie	40
Manie, hypomanie, subexcitation psychique	4
Mélancolie	I
Etat dépressif hypocondriaque	3
Débilité mentale	7
Arriération mentale profonde	2
Démence présenile	I
Démence sénile	2
Démence artériopathique	I
Délire interprétatif	4
Délire chronique hallucinatoire	9
Erotomanie	I
Bouffée délirante	2
Confusion mentale	2
Etat pseudo-confusionnel	I
Alcoolisme chronique	9
Déséquilibre constitutionnel	4
Troubles caractériels et du comportement	I
Perversion instinctive	I
Désadaptation sociale	2
Epilepsie	4

-II- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION NORMALE.

La population normale a été fournie par le personnel infirmier.

Notons que le fait d'être infirmier d'un hôpital psychiatrique n'est pas en soi un critère de normalité. Pour être rigoureux et posseder une population de référence idéale il eut fallu faire une sélection comportant une étude par les méthodes psychométriques. Mais une telle étude dépassait nos possibilités.

On peut estimer que notre population dite "normale" est seulement plus normale que l'autre. Il est malgré tout raisonnable d'attendre une différence significative entre ces deux populations.

Nous avons, là aussi, étudié IOO cas.

CHAPITRE IV

RESULTATS OBTENUS

-o-o-o-o-o-o-

Nous les avons résumés en quatre tableaux :

-I- TENDANCE A LA CONFUSION (excepté le type "C")

pp	Population Normale	Population Pathologique
	I7 %	40 %

-II- TENDANCE A LA CONFUSION (type "C")

Population Normale	Population Pathologique
I6 %	54 %

-III- ABSENCE DE LA LIGNE LONGUE LONGITUDINALE
(absence totale)

Population Normale	Population Pathologique
3 %	I8 %

-IV- BRIEVETE ANORMALE DU 5 ème DOIGT.

Population Normale	Population Pathologique
I5 %	II %

Remarquons tout de suite le paradoxe des résultats du dernier tableau concernant lex caractère "brièveté du cinquième doigt". La fréquence est ici supérieure dans la population normale.

Nous avons soumis ces résultats au calcul statistique pour savoir s'ils étaient significatifs.

Le problème est une épreuve de signification entre deux fréquences, dans le cas d'échantillons indépendants.

Nous pouvons exprimer les résultats sous forme d'un tableau du type suivant :

	Pop. Normale	Pop. Pathol.	Total
Présentant le signe	n I	n 2	n1 + n2
Ne présentant pas le signe	n 3	n 4	n3 + n4
TOTAL	n 1 + n 3	n2 + n4	n1+n2+n3+n4

Il faudra ensuite calculer le nombre théorique, obtenu enfaisant le produit de la somme de la ligne et de la colonne correspondante, et en divisant par le total général:

Par exemple : $n'1 = \frac{(n4+n2)\ (n1+n3)}{n1+m+n3+n4}$

finalement Chi (X) =

$$\frac{(n1-n'1)^2}{n'1} + \frac{(n1-n'2)^2}{n'2} + \frac{(n3-n'3)^2}{n'3} + \frac{(n4-n'4)^2}{n'4}$$

Il suffira ensuite de consulter une table des X^2 pour voir si la valeur obtenue dépasse celle de la table, c'est-à-dire si la différence trouvée entre les deux populations est significative.

	Population Normale	Population Pathologique	TOTAL
Présentent l'anomalie	40	I7	57
Ne présentent pas l'anomalie	60	83	I43
TOTAL	I00	I00	200

$$N'I = \frac{57 \times I00}{200} = 28,5$$

$$N'2 = N'I$$

$$N'3 = \frac{I43 \times I00}{200} = I7,5$$

$$N'4 = N'3$$

$$X^2 = \frac{(40-28,5)^2}{28,5} + \frac{(I7-28,5)^2}{28,5} + \frac{(60-7I,5)^2}{7I,5} + \frac{(83-7I,5)^2}{7I,5} = I2,8$$

$$X^2 = I2,8$$

Le X^2 donné par la table est, à OI de 6,64 donc, résultat significatif.

II- TENDANCE A LA CONFUSION type "C"

	Population normale	Population pathologique	TOTAL
Présentent l'anomalie	I6	54	70
Ne présentent pas l'anomalie	84	46	I30
TOTAL	I00	I00	200

$$N' = \frac{70 \times I00}{200} = 35$$

$$N'2 = N'^{I}$$

$$N'3 = \frac{I30 \times I00}{200} = 65$$

$$X^2 = \frac{(I6-35)^2}{35} + \frac{(54-35)^2}{35} + \frac{(84-65)^2}{65} + \frac{(46-65)^2}{65} = 3I$$

$$X = 3I$$

donc, résultat largement significatif.

III- ABSENCE DE LIGNE LONGUE LONGITUDINALE.

	Population normale	Population pathologique	TOTAL
Présentent l'anomalie	I8	3	2I
Ne présentent pas l'anomalie	82	97	I79
TOTAL	I00	I00	200

$$N'1 = \frac{21 \times I00}{200} = I0,5$$

$$N'2 = N'1$$

$$N'3 = \frac{I79 \times I00}{200} = 89,5$$

$$N'4 = N'3$$

$$X^2 = \frac{(I8-I0,5)^2}{I0,5} + \frac{(3-I0,5)^2}{I0,5} + \frac{(82-89,5)^2}{I0,5}$$

$$+\frac{(97-89,5)^2}{89,5} = 6,5$$

$$X^2 = 6,5$$

La table donne $X^2 = 3,84$ à 0,05

	Population normale	Population pathologique	TOTAL
Présentent l'anomalie	15	11	26
Ne présentent pas l'anomalie	85	89	174
TOTAL	100	100	200

$$N'^{1} = \frac{26 \times 100}{200} = 13$$

$$N'^{2} = N'^{1}$$

$$N'^{3} = \frac{174 \times 100}{200} = 87$$

$$N'^{4} = N'^{3}$$

$$\chi^2 = \frac{(15-13)^2}{13} + \frac{(11-13)^2}{13} + \frac{(85-87)^2}{87} + \frac{(89-87)^2}{87} = 0,6$$

$$\chi^2 = 0,6$$

Donc pour ce signe les résultats sont dépourvus de toute signification.

CHAPITRE V

LA MAIN MONGOLIENNE.

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

A l'étude statistique que nous venons de faire de certains traits morphologiques de la main chez les malades mentaux, il nous a semblé bon d'adjoindre une étude de la main mongolienne.

Les anomalies bien spéciales des mains chez les Mongoliens sont bien connues et, dans ce chapitre, semblent indiscutables. Voici donc un argument à notre thèse entendant relier une morphologie chiroscopique et un psychisme perturbé. En un mot, les Mongoliens présentent une pathologie mentale bien connue et, ils présentent également des anomalies de la morphologie manuelle.

Ces anomalies se trouvent bien décrites dans un paragraphe du Tome I de Psychiatrie de l'encyclopédie Médico-Chirurgicale (fascicule 37-270-A.30) qui nous a aimablement autorisé à le reproduire :

> " Les MEMBRES sont courts. Les mains sont plates, petites, élargies. Les doigts sont courts, de longueur presque égale, réalisant la main en trident. L'espace interdigital est souvent partiellement comblé par un voile cutané, pouvant aller jusqu'à la syndactylie (OSTER 1953). L'annulaire est très court, incurvé, sa deuxième phalange est souvent rudimentaire, ainsi que le montre la radio. Le pouce

Main quasi monstrueuse d'une Mongolienne âgée de 28 ans.

Epilepsie - Imbécillité.

Remarquer : la brièveté des doigts, la très petite taille du 5° doigt, l'élargissement des phalanges de base, la ligne simienne.

est court et s'implante très bas. Il existe des modifications des dermatoglyphes palmaires (CUMMINGS, I936-I950). La plus évidente semble être l'existence d'une ligne transversale unique (ligne de Crookshank) résultant de la fusion des plis palmaires moyens et inférieurs, et des modifications des crêtes papillaires (TURPIN et CASPAR-FONMARTY, I945), TURPIN et LEJEUNE (I953) dans une étude des dermatoglyphes de 2.8I4 sujets dont 93 mongoliens dégagent 4 caractères dont la fréquence est significativement plus élevée chez les mongoliens que dans la population témoin : pli palmaire transverse, formation de l'éminence hypothénar, surélévation du triradius axial, disposition transversale des crêtes papillaires. La palmoscopie permettrait un diagnostic morphologique de la maladie avec une marge d'erreur qui ne dépasse pas 5 %. La transmission héréditaire de ces anomalies, quoique suggestive, n'a pu être démontrée (PENROSE, I949; TURPIN et LEJEUNE, I953).

Nous avons étudié les Mongoliens présents au Centre Psychothérapique de PIERREFEU-du-VAR, selon la méthode exposée plus haut.

Il s'agissait uniquement d'enfants, fait qu'il est important de noter, car CH. WOLFF signale au sujet de la ligne longue longitudinale que ce pli est d'apparition tardive. Nous ne pourrons donc pas ici attacher de caractère significatif à l'absence de cette ligne. Nous allons analyser séparément chacun de ces cas, pour regrouper ensuite dans une synthèse les anomalies qui ont semblé les plus significatives.

Sujet I : B. Raymond :

I5 ans - arriération du niveau de l'imbécillité.

Nous notons que les "souris" (saillie des muscles adducteurs du pouce) sont plates, sans tonicité.

-la paume est épaisse, de température normale, souple, sèche, rêche au contact.

On note une grande laxité des doigts, les phalanges basales sont élargies.

Les ongles de forme carrée, cyanosés, l'ongle du pouce droit est bouché (ce sujet présente une cardippathie congénitale) ; le pouce droit présente une ligne de BEAU. La main est légèrement courte : I6 cm. (pour une hauteur de visage de I7 cm.) mais c'est peu marqué.

Les doigts sont nettement courts par rapport à l'ensemble de la main (rapport: $\frac{M \times 100}{P} = 68,4$)

Le pouce est de longueur normale.

Sur l'empreinte on voit nettement apparaître l'aspect très spécial de la phalange-racine, renflée latéralement, en tonnelet, aspect dû tant à l'hypotonie des tissus qu'au développement exagéré.

Chez ce sujet on ne constate pas d'anomalies évidentes du tracé des plis palmaires.

Sujet 2 : K. Bernard.:

-Souris plates

-Paume épaisse, molle, de température normale, seche, rêche.

-grande laxité

-ongles larges, durs

-main courte (I3,5 pour une hauteur de visage de I5 cm.

-doigts à tendance courte ($\frac{M \times 100}{P} = 74.$)

-longueur du pouce normale.

-5ème doigt court (l'extrémité ne parvient qu'à 4 mm. du pli de flexion phalangette du 4 ème.

On note encore sur l'empreinte les phalanges-racines en tonneau.

Position anormale du pouce qui tend à être posé face palmaire regardant le papier (au lieu d'être posé par son bord esterne). Ce qui donne un aspect renflé "ptallique" sur l'empreinte. Désorganisation des plis avec ligne simienne complète à gauche et ébauche de confusion des deux plis transverses à droite.

Sujet 3 : G. DANIEL, I4 ans - arrièration mentale profonde

-Souris plates

-Paume épaisse, molle, sèche, rèche

-Laxité importante

-Ongles carrés, larges, violacés, durs

-Main petite (I6 - I4,5)

-Doigts courts (rapport : 64)

-Elargissement des phalanges racines

-Longueur normale du 5ème et du pouce.

-Tendance à la confusion dans deux plis palmaires transverses dans les deux mains.

-Position anormale du pouce.

Sujet 4 : C. MAURICE, I6 ans

Souris plates

-Paume demi-épaisse, souple, sèche, rèche

-Doigts très laxes

-Ongles larges (plus larges que longs)

-Mains petites (I4,5 - I7,5)

-Doigts courts (66)

-Pouce et 5ème doigt de longueur normale

-Position anormale du pouce; déformation du 5ème doigt

-Légère perturbation du tracé des plis.

Sujet 5 : J. PHILIPPE

-Souris plates

-Paume épaisse, molle sèche

-Laxité importante

Ongles carrès, rouges violacés

mains courtes (I5,5 - I4)

-Doigts courts (63)

-5ème doigt court (manque 2 cm pour atteindre le pli de flexion inférieur du 4ème doigt)

-Phalanges basales en tonneau

-Ligne simienne bi-latérale (Type "A")

-Spire sur l'éminence hypothénar

-Position anormale du pouce.

Sujet 6 : B. MONIQUE. - arriération profonde.

-Souris plates

-Paume épaisse souple, chaude, sèche, reche

-Laxité importante

-Ongles rectangulaires longs

-Mains courtes (I3,5 - I5,5)

-Doigts de longueur normale

-Pouce long

-5ème doigt très court (il manque IO mm)entre l'extrémité du 5ème doigt et le pli de flexion du 4ème)

-Ligne simienne presque complète dans les deux mains

-Aspect de quadrillage irrègulier de la paume.

Sujet 7 : P.JOSIANE. -arriération mentale profonde

-Souris plates

-Paumes épaisses, molles, sèches, rèches

-Doigts très laxes

-Ongles larges

-Mains courtes (II,5 - I3)

-Doigts courts (70)

-Pouce légèrement trop long

-5ème doigt trop court de 7 mm

-Aspect quadrillé de la paume

-Tendance à la confusion des plis transverses à gauche (Type "C")

-Position anormale du pouce.

Sujet 8 : J. BERNADETTE.

-Souris moyennes

-Paumes épaisses, chaudes, souples, rèches

-Ongles carrés, larges

-Main courte (I7 - I4)

-Doigts légèrement courts (75)

-Le 5ème doigt n'arrive qu'à 5 mm des plis de flexion du 4ème doigt

-Elargissement des phalanges basales sur l'empreinte et position anormale du pouce

-Pas de grosses anomalies du tracé des plis de flexion

Sujet 9 : C. MARC

-Doigts très courts

-Position anormale du pouce

-Ligne simienne à gauche. Aspect quadrillé de la paume

Sujet IO : M. BERNADETTE

Longueur des doigts quasi-normale (76) mais ligne simienne à gauche. Anomalies du tracé du pli transversal proximal gauche. Dysharmonie générale du tracé des plis.

Nous allons maintenant résumer les caractères morphologiques de la main mongolienne d'après les divers cas que nous avons analysé.

Mais nous précisons que nous n'envisagerons pas ici le tracé des crêtes papillaires déja bien étudié par plusieurs auteurs.(consulter : Etudes dermatoglyphiques des paumes des mongoliens et de leurs parents germains par R. TURPIN et J. LEJEUNE).

I°) La main mongolienne est remarquable d'abord par ses dimensions :

-main petite par rapport à la taille dusujet.

-main aux doigts courts (néanmoins les doigts des enfants sont normalement plus courts que ceux des adultes).

-fréquence de la brièveté du 5ème doigt, accompagné ou non de déformation.

2°) Le deuxième caractère qui nous a frappé est l'hypotonie. Cette hypotonie esplique plusieurs aspects assez constamment retrouvés et qui se traduisent très bien sur les empreintes. Ce sont :

- la position anormale du pouce lorsqu'on fait mettre

la main à plat. Il tend en effet a entrer en contact de façon bien plus importante que normalement par sa face palmaire au lieu de présenter seulement son profil à l'empreinte.

- autre signe traduisant l'hypotonie, l'aspect en tonneau des phalanges basales sur l'empreinte.

- Par ailleurs, à la palpation, la main est épaisse, molle, les doigts très laxes et les souris très plates, très molles.

3°) Nous avons été frappés par ailleurs de voir la fréquence des ongles carrés ou même rectangle à grand côté transverse.

4°) Enfin, au point de vue des plis de flexion, noton d'une part la fréquence de la confusion des plis palmaires transverses, caractère bien connu (H. CUMMINS). D'autre part on note souvent un aspect quadrillé avec une surabondance de plis en tous sens, sans doute en rapport avec l'état trophique de la peau qui donne une sensation de sécheresse et un contact rèche.

Tels sont les caractères généraux de la main mongolienne. Il est bien évident que l'étude plus fine des dermatoglyphes est elle aussi de très grande valeur.

Remarquons aussi que c'est surtout l'addition sur la même main de plusieurs de ces caractères morphologiques qui est hautement représentative du mongolisme.

CHAPITRE VI

CONSIDERATIONS FINALES

-o-o-o-o-o-o-o-

Nous voici parvenu au terme de notre etude. Il semble que l'on puisse considérer que plusieurs arguments plaident en faveur d'une corrélation morpho-psychique au niveau de la main:

- d'une part, la confusion des deux plis transverse, et l'absence de ligne longue longitudinale sont deux signes significativement plus fréquents dans une population pathologique,

- d'autre part, le mongolisme constitue un exemple bien connu d'une telle corrélation.

Trois remarques s'imposent :

- d'une part la valeur de ces signes est d'autant plus grande qu'ils se trouvent associés chez le même individu (par réunion sur la même main et par la bi-latéralité).

- d'autre part il ne semble pas exister de relation précise entre un diagnostic clinique précis et telle ou telle anomalie psychique. Ces signes semblent bien plutot exprimer une simple fragilité psychique, un terrain déffectueux, mais il semble hasardeux de vouloir leur faire dire plus que cela.

- Enfin, rappelons que le signe : 5ème doigt court n'a pas été trouvé significatif statistiquement (cas du mongolisme excepté). Or ce signe est bien plus constitutionnel,plus

Main d'une enfant mongolienne -
Ligne simienne, briéveté du 5° doigt,
aspect quadrillé des plis.

fixe que les anomalies des plis de flexion qui sont dynamiques et même susceptibles de variations dans le temps.

Une telle remarque incline a restreindre, dans ce cas précis tout au moins, l'ampleur du déterminisme que l'on serait tenté d'attacher à la notion de signes chiroscopiques pathologiques ...

C O N C L U S I O N

A près avoir rappelé quelques généralités sur les études morphologiques en Psychiatrie, nous nous sommes attaché au problème particulier de la main.

Ayant exposé les conditions techniques d'étude de la main, nous avons défini certains termes, et sélectionné quelques signes faciles à fixer objectivement.

Nous avons ensuite comparé la fréquence de ces caractères morphologiques dans deux populations :

- l'une normale fournie par le personnel infirmier d'un hopital psychiatrique

- l'autre pathologique fournie par les malades d'un pavillon d'un même hopital.

De la comparaison des pourcentages, il découle que l'écart des fréquences pour certaines conffigurations morphologiques est significatif.

La poursuite des recherches dans cette voie pourrait peut-être mener à la définition d'un certain nombre de critères contribuant au diagnostic d'une constitution psychique fragile.

Vu, le Président de thèse

Professeur L.MICHAUX

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L.BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE